

## RESIDÊNCIA MÉDICA IDOR 2026

### PROVA DE GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA

13/12/2025

Este caderno, com 20 páginas, contém 50 questões objetivas de Ginecologia e Obstetrícia. Além deste caderno, você está recebendo um Cartão de Respostas.

Observe as seguintes instruções, antes de iniciar a prova:

- Após a autorização para abrir este caderno, verifique se a impressão, a paginação e a numeração das questões estão corretas. **Caso observe qualquer erro, notifique o fiscal.**
- Verifique, no Cartão de Respostas, se seu nome, número do CPF, número do documento de identidade, data de nascimento, número de inscrição estão corretos. **Se houver erro, notifique o fiscal.**
- Use apenas caneta de corpo transparente, preta ou azul, para assinar o cartão e marcar suas respostas, cobrindo totalmente o espaço que corresponde à letra da alternativa que melhor responde a cada questão.
- Além de sua assinatura, da transcrição da frase e da marcação das respostas, nada mais deve ser escrito ou registrado no Cartão, que não pode ser dobrado, amassado, rasurado ou manchado.

Ao terminar a prova, entregue ao fiscal este caderno e o Cartão de Respostas.

### INFORMAÇÕES GERAIS

O tempo disponível para fazer as provas é de três horas. Nada mais poderá ser registrado após esse tempo.

É vedada a possibilidade de copiar suas respostas.

Nas salas de prova, não será permitido portar arma de fogo, fumar, usar relógio ou boné de qualquer tipo e utilizar lápis, lapiseiras, borrachas, corretores ortográficos líquidos ou similares.

Sofrerá eliminação o participante que, durante a prova, utilizar qualquer instrumento de cálculo e/ou qualquer meio de obtenção de informações, eletrônicos ou não, tais como calculadoras, agendas, computadores, rádios, telefones, *smartphones*, *tablets*, receptores, livros e anotações manuscritas ou impressas.

Sofrerá eliminação também o participante que se ausentar da sala levando consigo qualquer material de prova.

BOA PROVA!



## 01

Mulher jovem, 22 anos, chega ao Pronto-Socorro com queixa de dor e "caroço" em região genital há uma semana. Refere relação sexual desprotegida há 1 mês. Ao exame físico, é percebido abaulamento doloroso à palpação em parede lateral do canal vaginal.

O diagnóstico mais provável do caso é:

- (A) bartolinite.
- (B) cancro duro.
- (C) herpes genital.
- (D) granuloma venéreo.

## 02

Adolescente de 15 anos comparece desacompanhada para consulta ginecológica de primeira vez. Solicita início de método contraceptivo por ter iniciado vida sexual há 5 meses.

A conduta que deve ser adotada de forma mais segura e correta é:

- (A) reagendar a consulta, solicitando que a paciente retorne com um responsável.
- (B) realizar a consulta, mas orientar que, no retorno, a mesma esteja acompanhada do responsável.
- (C) proceder normalmente com a consulta, mas só iniciar método contraceptivo se houver autorização de um responsável.
- (D) proceder à consulta normalmente e orientá-la quanto aos métodos contraceptivos possíveis, iniciando o mais seguro para seu caso.

## 03

Paciente de 28 anos comparece à consulta ginecológica de urgência queixando-se de intenso prurido vulvar, associado a corrimento vaginal esbranquiçado, grumoso e sem odor forte. À ectoscopia local, é percebida presença de hiperemia em pequenos lábios e, após a passagem do espécuro, é observada secreção grumosa esbranquiçada aderida às paredes vaginais.

O diagnóstico mais provável é:

- (A) vaginose bacteriana.
- (B) candidíase vaginal.
- (C) tricomoníase.
- (D) gonorreia.

## 04

Menina de 7 anos chega à consulta ginecológica de primeira vez trazida pela sua mãe, que relata preocupação pelo fato de a criança estar apresentando corrimento vaginal levemente esbranquiçado, sem odor ou evidente prurido. Ao exame físico, não há alterações à ectoscopia, não havendo corrimento visível.

A orientação mais adequada diante do caso é:

- (A) prescrever nistatina tópica.
- (B) prescrever banho de assento por 5 dias.
- (C) orientar uso de absorvente diário e prescrever antibiótico via oral.
- (D) tranquilizar a mãe e informar que se trata de leucorreia fisiológica.

## 05

Mãe chega ao consultório de ginecologia para primeira consulta de sua filha, que tem 8 anos, queixando-se de preocupação com o desenvolvimento da mesma. Segundo a mãe, a menina já está apresentando crescimento dos seios e surgimento de pelos pubianos e nas axilas. Ao exame físico, a criança é classificada como escala de Tanner III.

Conforme as necessidades, deve-se:

- (A) orientar a mãe quanto à suspeita de puberdade precoce, solicitar exames laboratoriais e radiografia para avaliar a idade óssea, além de encaminhar a criança para endocrinologista pediátrico.
- (B) orientar retorno em 1 ano, visando a nova avaliação para que possa ser confirmada a suspeita de puberdade precoce, sem necessidade de exames complementares no momento.
- (C) solicitar exames laboratoriais visando avaliar o padrão hormonal, além de indicar realização de painel genético para que seja confirmada a suspeita diagnóstica de síndrome de Turner.
- (D) tranquilizar a mãe, pois o desenvolvimento encontra-se adequado para a faixa etária, não sendo necessárias novas avaliações.

## 06

Jovem de 17 anos, com histórico de menarca aos 12 anos, veio à consulta de ginecologia de rotina referindo ter iniciado relações sexuais há 1 mês. Relata não ter feito uso de preservativo já que, segundo a mesma, "já usa anticoncepcional injetável". Durante a consulta para coleta de exame preventivo, é percebida lesão inicial em grandes lábios com aspecto de vesículas agrupadas e hiperemiadas. A paciente relata ardência e dor local. Após entrevista e fornecimento de orientações quanto à necessidade de prevenção de IST's, devido ao fato do anticoncepcional injetável só prevenir a ocorrência de gestação indesejada, a melhor conduta indicada em razão do diagnóstico mais provável é:

- (A) prescrever metronidazol ginecológico – vaginose bacteriana.
- (B) prescrever nistatina ginecológica – candidíase vaginal.
- (C) prescrever corticoide tópico – dermatite de contato.
- (D) prescrever aciclovir oral – herpes genital.

## 07

Paciente de 30 anos, G0P0A0, sobrepeso, chega para consulta de rotina com vistas à realização de exames de acompanhamento anual. Durante a coleta da anamnese, a paciente refere dificuldade para perder peso e para engravidar, além de apresentar acnes frequentes em região mandibular, no tronco, colo e dorso. Ao exame físico, apresenta lesões cutâneas escurecidas e aveludadas na região cervical e axilas.

Após a realização da coleta do preventivo, a conduta que deve ser realizada é:

- (A) solicitar exames laboratoriais de rotina, além de padrão hormonal, incluindo dosagem de SDHEA, e ultrassonografia transvaginal, visando investigar suspeita de síndrome dos ovários policísticos.
- (B) tranquilizar a paciente sobre a normalidade dos sintomas, que são justificados pelas variações hormonais normais do ciclo menstrual de algumas mulheres.
- (C) solicitar inicialmente apenas os exames de rotina anuais, reavaliando em um ano, se a paciente mantiver o mesmo quadro sintomatológico.
- (D) solicitar ressonância magnética de pelve, visando confirmar hipótese diagnóstica de endometriose.

## 08

Mulher de 26 anos, GIIPII(V)A0, há 2 e 3 anos, chega para consulta de ginecologia solicitando a realização de ligadura tubária eletiva. Ela refere estar em uso de contraceptivo injetável mensal.

A orientação mais acertada a ser dada é:

- (A) a paciente, por apresentar menos de 30 anos, não está apta à realização do procedimento.
- (B) a paciente cumpre os critérios para a realização do procedimento, podendo-se, então, indicá-lo.
- (C) a paciente deve ser orientada a realizar acompanhamento psicológico por oito meses para que, então, possa ser tomada a decisão.
- (D) a paciente deve aguardar que seu filho mais velho complete 5 anos para, somente então, tomar-se tal decisão, devido às variações hormonais vigentes na paciente.

## 09

Paciente de 36 anos, G0P0A0, procura atendimento ginecológico de urgência queixando-se de dor abdominal intensa, iniciada há duas horas, associada a fraqueza e desmaio (síncope). Última menstruação iniciou-se há 6 dias. Ao exame físico, a paciente está sonolenta, hipocorada (2+/4+), taquicárdica (FC: 120 bpm) e hipotensa (PA: 90 x 60 mmHg), apresentando dor intensa à palpação abdominal em fossa ilíaca esquerda. Não há evidências clínicas ou laboratoriais de disfunção orgânica.

A correta suspeita diagnóstica é:

- (A) torção com ruptura de cisto ovariano hemorrágico.
- (B) neoplasia avançada de colo uterino.
- (C) miomatose uterina complicada.
- (D) doença inflamatória pélvica.

## 10

Paciente de 28 anos, G0P0A0, retorna para avaliação ginecológica trazendo resultados de exames de rotina. A ultrassonografia transvaginal e os exames laboratoriais não revelam alterações, enquanto o exame citopatológico de colo uterino evidencia resultado ASCUS. Os últimos exames preventivos, realizados há 3 e 1 anos, não mostravam alterações.

O seguimento mais adequado para a paciente, com base nas indicações do Ministério da Saúde, deve ser:

- (A) coletar novo exame preventivo na presente consulta e solicitar a realização de colposcopia.
- (B) tranquilizar a paciente, dada a normalidade dos resultados anteriores, e solicitar nova coleta em 1 ano.
- (C) tranquilizar a paciente, dada a normalidade dos resultados anteriores, e solicitar nova coleta em 3 anos.
- (D) tranquilizar a paciente, dada a normalidade dos resultados anteriores, e solicitar retorno em 6 meses para nova coleta.

## 11

Paciente de 52 anos chega à consulta de rotina anual de ginecologia queixando-se de incômodo durante a realização de autoexame das mamas. Relata ter sentido um "caroço" na mama direita, próximo à axila ipsilateral. A mãe da paciente faleceu há 10 anos (aos 62 anos de idade) por neoplasia de mama. Durante o exame das mamas, que não apresenta alterações à ectoscopia, é palpado um nódulo móvel, fibroelástico e bem delimitado, com aproximadamente 2 cm de diâmetro, localizado no quadrante superior externo esquerdo.

Visando ao melhor acompanhamento da paciente, a melhor orientação a ser dada é:

- (A) orientar a necessidade de realização de mamografia e exames de acompanhamento ginecológico.
- (B) indicar acompanhamento imediato com mastologista, devido às características preocupantes do nódulo.
- (C) tranquilizar a paciente quanto às características benignas do nódulo e orientar a realização de mamografia aos 55 anos.
- (D) indicar imediatamente a realização de punção por agulha fina, para avaliação das características histopatológicas do nódulo.

## 12

Paciente de 64 anos, branca, obesa, busca atendimento ginecológico queixando-se de sangramento vaginal recorrente há um ano, apesar de já se encontrar menopausada desde os 58 anos.

Em termos epidemiológicos, considerando os fatores de risco para as condições mórbidas associadas a tal apresentação, a melhor hipótese diagnóstica para o caso é:

- (A) endometriose ovariana.
- (B) neoplasia maligna de ovário.
- (C) neoplasia maligna de endométrio.
- (D) neoplasia benigna de endométrio.

## 13

Paciente de 20 anos chega à consulta ginecológica queixando-se de corrimento vaginal malcheiroso e em grande quantidade. Relata surgimento do quadro após o período menstrual, tendo o corrimento coloração acinzentada e odor fétido intenso. Nega prurido ou sintomas associados.

O agente etiológico mais provável do quadro é:

- (A) *Trichomonas vaginalis*.
- (B) *Gardnerella vaginalis*.
- (C) *Treponema pallidum*.
- (D) *Candida albicans*.

## 14

Paciente de 25 anos, GIIPII(V)A0, chega à consulta de acompanhamento anual com resultado de exames de rotina solicitados no último atendimento. A ultrassonografia transvaginal evidencia adenomiose; laboratório sem alterações. A paciente vem apresentando, nos últimos 2 meses, sangramento vaginal importante associado a cólicas intensas, que têm causado prejuízo à sua qualidade de vida. A paciente refere desejo de iniciar contracepção.

A melhor opção para a paciente em questão é:

- (A) método de barreira masculino ("camisinha").
- (B) contracepção de emergência.
- (C) DIU contendo levonorgestrel.
- (D) DIU de cobre.

## 15

Paciente de 19 anos chega ao Programa Saúde da Família solicitando agendamento de exame citopatológico de colo uterino. A enfermeira do Programa orienta a paciente quanto às indicações para a realização do procedimento segundo o Ministério da Saúde, que são assim definidas:

- (A) pacientes acima de 18 anos devem realizar o procedimento a cada 5 anos, em caso de dois resultados anteriores sem alterações.
- (B) pacientes acima 25 anos devem realizar o procedimento a cada 3 anos, em caso de dois resultados anteriores sem alterações.
- (C) pacientes acima de 20 anos devem realizar o procedimento a cada 3 anos, em caso de três resultados anteriores sem alterações.
- (D) pacientes acima de 30 anos devem realizar o procedimento a cada 3 anos, em caso de três resultados anteriores sem alterações.

## 16

Paciente de 27 anos procura unidade de emergência referindo dor intensa em mama esquerda. Durante a consulta, a paciente refere não fazer uso de contraceptivos e apresentar essa dor em períodos específicos do mês, normalmente próximo ao período menstrual. Nega sintomas associados. Exame físico não apresenta alterações. Paciente trouxe exames de rotina, incluindo ultrassonografia de mamas realizada há 1 mês, que não revelou alterações.

A hipótese diagnóstica mais provável para o caso é:

- (A) esteatonecrose mamária.
- (B) câncer de mama.
- (C) mastalgia cíclica.
- (D) mastite.

## 17

Paciente de 22 anos, G0P0A0, procura avaliação ginecológica referindo mastalgia significativa à direita, que ocorre em períodos específicos do mês, normalmente próximo ao período menstrual. A paciente refere não fazer uso de contracepção. O exame físico é inteiramente normal. Uma ultrassonografia de mamas, realizada há 15 dias, não revelou alterações.

A melhor conduta para a paciente é:

- (A) indicar realização de ressonância magnética e abordagem cirúrgica local.
- (B) realizar punção aspirativa por agulha fina (PAAF) ipsilateral à dor.
- (C) prescrever uso atual de antibiótico e, intermitentemente, AINE.
- (D) prescrever vitamina E por via oral.

## 18

Durante uma tarde de atendimentos em seu consultório de ginecologia, uma médica atende uma criança de 7 anos em sua primeira consulta. Segundo a mãe da criança, há a preocupação pelo fato de que sua irmã, com 13 anos de idade, teve o diagnóstico de puberdade precoce. A mãe da paciente interroga a médica sobre a ordem correta de aparecimento dos marcos de maturação sexual no sexo feminino.

A ordem do aparecimento dos marcos fisiológicos do desenvolvimento sexual, do primeiro para o último, é:

- (A) telarca, sexarca e pubarca.
- (B) sexarca, telarca e menarca.
- (C) telarca, pubarca e menarca.
- (D) pubarca, menarca e telarca.

## 19

Em uma sexta-feira, à noite, dá entrada para atendimento uma adolescente de 15 anos, trazida pela tia materna, estando ambas bastante nervosas, relatando que a paciente sofreu abuso sexual há duas horas. As mesmas se direcionaram à delegacia para prestar queixa, sendo orientadas a comparecer a uma unidade hospitalar para atendimento. É realizada avaliação da paciente, que apresenta escoriações no rosto e nas pernas, além da região genital. Durante o exame físico, é percebida a presença de pequena quantidade de sangue na entrada do canal vaginal.

A conduta mais adequada diante do caso é:

- (A) proceder a um exame físico minucioso, com a presença de mais de um médico, visando realizar exame de corpo delito e orientar internação para tratamento de possíveis infecções que venham a se desenvolver.
- (B) indicar a imediata realização de boletim de ocorrência comprovando a ocorrência de abuso, antes de proceder à administração de medicações profiláticas.
- (C) solicitar teste de gravidez, ultrassonografia transvaginal e exames de laboratório, orientando retorno com o mesmo médico em uma semana, para que sejam tratadas possíveis infecções que eventualmente ocorram após a exposição.
- (D) realizar uma abordagem que deixe a paciente segura e oferecer antibióticos, pensando na profilaxia de sífilis e gonorreia, e orientar profilaxia pós-exposição para HIV e hepatite B, além de prescrever contracepção de emergência.

## 20

Paciente de 22 anos, mulher transgênero que trabalha como acompanhante, chega para consulta ginecológica solicitando informações quanto à indicação de profilaxia pré-exposição ao HIV (PrEP). Relata que colegas de trabalho a orientaram a iniciar o protocolo.

As medicações que fazem parte do esquema de PrEP disponibilizado pelo SUS são:

- (A) tenofovir e entricitabina.
- (B) dolutegravir e tenofovir.
- (C) entricitabina e AZT.
- (D) AZT e lamivudina.

## 21

Visando selecionar de forma eficiente o público-alvo elegível para indicação da realização de profilaxia pré-exposição ao HIV (PrEP), o Ministério da Saúde realizou uma listagem de pessoas que se enquadram nos grupos indicados como aptos para a sua realização.

Um caso em que é indicada pelo SUS a realização de PrEP é:

- (A) mulher cisgênero homossexual com parceira fixa.
- (B) homem cisgênero heterossexual, cuja ocupação é profissional do sexo.
- (C) homem cisgênero homossexual em relacionamento estável com parceiro fixo.
- (D) mulher transgênero heterossexual, com parceiro fixo vivendo com HIV, em uso de TARV e com carga viral indetectável, estando em uso de método de barreira.

## 22

Paciente de 30 anos, G0P0A0, chega à consulta ginecológica queixando-se de dor intensa durante as relações sexuais. Relata que sempre apresentou incômodo durante o ato, embora apenas no momento da penetração vaginal. Refere sentir contração dolorosa em tal momento, o que dificulta a realização de relação com penetração. Nega sangramento; nega dor no sexo anal.

A melhor hipótese diagnóstica é:

- (A) vaginismo.
- (B) adenomiose.
- (C) endometriose.
- (D) candidíase vaginal.

## 23

Paciente de 48 anos apresenta nódulo indolor na mama direita, detectado há 3 meses, após trauma local. Apresenta histórico familiar de câncer de mama em tia materna (aos 41 anos de idade). Mamografia evidencia assimetria focal no quadrante superior externo da mama direita, classificada como BI-RADS 0.

Visando à melhor investigação do quadro, o próximo passo deve ser a realização de:

- (A) biópsia excisional de fragmento mamário.
- (B) tomografia computadorizada de mama.
- (C) punção aspirativa por agulha fina.
- (D) ultrassonografia de mamas.

## 24

Mulher de 26 anos, GIPI(C)A0, deseja iniciar método contraceptivo. Apresentou gestação há um ano, evoluindo, após a cesariana, com trombose venosa profunda no membro inferior direito, tendo feito uso de antagonista de vitamina K (varfarina) por seis meses. Encontra-se, no momento, assintomática e sem uso de medicações. Ela deseja realizar método contraceptivo pelos próximos 4 anos, considerando ideal uma nova gestação após esse período.

O método contraceptivo melhor indicado para esse caso é:

- (A) anticoncepcional oral combinado.
- (B) implante de progestagênio.
- (C) ligadura tubária.
- (D) anel vaginal.

## 25

Paciente de 33 anos foi submetida a laparoscopia, que foi indicada por endometriose pélvica extensa, sendo realizada histerectomia e cauterização de focos de endometriose. Em torno de sete dias após a realização da cirurgia, a paciente começou a eliminar, de forma contínua, líquido com odor de urina pelo canal vaginal.

A causa mais provável deste quadro e o método diagnóstico utilizado para a sua confirmação são, respectivamente:

- (A) extravasamento por atonia vesical – cateterismo vesical de demora.
- (B) incontinência urinária de esforço – estudo urodinâmico.
- (C) infecção de trato urinário – cultura de urina.
- (D) fístula urinária – pielografia intravenosa.

## 26

Uma paciente chega ao centro obstétrico em trabalho de parto, com feto único, em apresentação pélvica completa, com peso estimado em 3.500 gramas (por exame recente de ultrassonografia). A dilatação está completa e a bolsa amniótica está rota. O parto evolui para expulsão do tronco; entretanto, não ocorre o desprendimento dos membros superiores.

A manobra obstétrica que deve ser aplicada para resolver essa situação no parto vaginal é:

- (A) Lovset.
- (B) Kristeller.
- (C) McRoberts.
- (D) Mauriceau-Smellie-Veit.

## 27

Mulher de 28 anos comparece à unidade de emergência com história de atraso menstrual há 2 meses, referindo que fez teste de beta-hCG sérico com resultado positivo. Relata sangramento vaginal e dor em baixo ventre do tipo cólica. Ao exame físico, apresenta abdome doloroso à palpação profunda em hipogástrio, sem sinais de irritação peritoneal; toque vaginal com orifício cervical interno aberto, com sangramento vaginal de moderada quantidade. Foi realizada ultrassonografia transvaginal na unidade de emergência, sendo evidenciada imagem sugestiva de restos ovulares.

O diagnóstico correto do caso é:

- (A) Neoplasia trofoblástica gestacional.
- (B) Abortamento incompleto.
- (C) Abortamento completo.
- (D) Gravidez ectópica.

## 28

Gestante de 25 anos, primigesta, comparece para sua primeira consulta de pré-natal com oito semanas de gestação. Ela é saudável, não apresenta queixas e sua história patológica pregressa não evidencia informações dignas de nota, não fazendo uso regular de medicamentos.

Os exames complementares de rotina do primeiro trimestre que devem ser solicitados incluem:

- (A) dosagens de amilase e lipase, além de sorologia para HIV e tipagem sanguínea ABO/Rh.
- (B) dosagens de glicemia de jejum, lipase e amilase, além de tipagem sanguínea ABO/Rh.
- (C) dosagem de glicemia de jejum, sorologia para HIV e tipagem sanguínea ABO/Rh.
- (D) dosagens de glicemia de jejum, lipase e amilase, além de sorologia para HIV.

## 29

Gestante de 19 anos apresenta glicemia no primeiro trimestre de 92 mg/dL.

Diante desse resultado, deve-se diagnosticar diabetes *mellitus* gestacional e:

- (A) iniciar dietoterapia.
- (B) solicitar dosagem da hemoglobina glicada (HbA1c).
- (C) repetir a dosagem da glicemia no segundo trimestre.
- (D) solicitar teste oral de tolerância à glicose (TOTG) com 75 gramas.

## 30

O acompanhamento pré-natal é fundamental para o transcorrer adequado da gestação. A ultrassonografia morfológica do segundo trimestre, realizada entre 20 e 24 semanas, tem como principal objetivo:

- (A) realizar o rastreamento da presença de macrossomia fetal e o risco de diabetes *mellitus* gestacional.
- (B) avaliar a anatomia fetal detalhada, para rastreamento de malformações.
- (C) determinar com melhor precisão a idade gestacional.
- (D) avaliar a localização placentária e a posição fetal.

## 31

A decisão entre a realização de parto vaginal ou cesariana obedece a certos critérios. A cesariana é obrigatória no seguinte cenário obstétrico:

- (A) gravidez gemelar com o primeiro feto em vértice.
- (B) apresentação pélvica em gestante nulípara a termo.
- (C) placenta prévia total diagnosticada à ultrassonografia.
- (D) gestante vivendo com HIV com carga viral indetectável.

## 32

Paciente de 30 anos, G2PN1A0, com gestação de 41 semanas + 1 dia, procura o serviço obstétrico com queixa de diminuição da movimentação fetal há um dia. Ao exame físico, a paciente se encontra em bom estado geral, com altura do fundo uterino de 35 cm, pressão arterial de 120 x 80 mmHg e batimentos cardíacos a 140 bpm, com tônus uterino normal e ausência de contrações uterinas. O exame especular não revela alterações. Ao toque vaginal, o colo é grosso, posterior e impérvio. Cardiotocografia com feto ativo e índice de líquido amniótico (ILA) de 12 cm.

A conduta a ser indicada é:

- (A) internação e realização de cesariana.
- (B) internação e indução do parto com ocitocina.
- (C) internação e preparo de colo com misoprostol.
- (D) conduta expectante por ora, sem necessidade de controle da vitalidade fetal até 42 semanas de idade gestacional.

## 33

Paciente com 35 semanas de gestação apresenta dor abdominal e sangramento vaginal intenso, com coágulos. Ao exame, a pressão arterial se encontra em 150 x 100 mmHg, sendo o útero hipertônico, com BCF de 100 bpm e toque vaginal com 3 cm de dilatação.

A hipótese diagnóstica correta e conduta indicada são:

- (A) descolamento prematuro de placenta; solicitar a realização de ultrassonografia obstétrica de emergência.
- (B) descolamento prematuro de placenta; estabilização clínica e realização de cesariana.
- (C) placenta prévia; solicitar a realização de ultrassonografia obstétrica de emergência.
- (D) placenta prévia; estabilização clínica e realização de cesariana.

## 34

Paciente de 40 semanas de idade gestacional, primigesta, foi admitida em trabalho de parto às 13h00, momento em que a atividade uterina (AU) era 2/10'/50", havendo 5 cm de dilatação, feto em -3 de DeLee e BCF normais. Às 16h00, estava com AU 3/10'/50", 7 cm de dilatação, feto em -2 de DeLee e BCF normais. Às 20h00, a AU era 4/10'/60", sendo o toque vaginal exatamente igual ao das 16h00.

O diagnóstico correto é:

- (A) Desproporção cefalopélvica.
- (B) Fase ativa prolongada.
- (C) Apresentação oblíqua.
- (D) Distocia funcional.

## 35

Gestante de 28 anos, GIIPII(V), é admitida em trabalho de parto com 41 semanas, dando à luz, por parto normal, recém-nascido de 4.300 gramas. Quarenta minutos após a saída da placenta, começa um sangramento volumoso via vaginal, evoluindo a paciente com hipotensão arterial e taquicardia.

A conduta inicial recomendada no caso, além da obtenção de acesso venoso e reposição volêmica, é:

- (A) curetagem uterina.
- (B) reavaliar em 12 horas.
- (C) histerectomia imediata.
- (D) massagem uterina associada à administração intravenosa de ocitocina.

## 36

Uma gestante de 27 anos, com 12 semanas de idade gestacional, apresenta sorologia positiva para toxoplasmose IgG e IgM.

A conduta indicada é:

- (A) solicitar teste de avidéz de IgG; caso haja alta avidéz, orientar que a infecção é passada e tranquilizar a gestante.
- (B) solicitar teste de avidéz de IgM; caso haja alta avidéz, iniciar o tratamento com terapia tríplice.
- (C) iniciar administração de espiramicina e repetir a sorologia em 3 semanas.
- (D) manter seguimento pré-natal habitual.

## 37

Uma paciente é admitida em trabalho de parto prematuro com 32 semanas. Essa condição não é rara, havendo fatores de risco associados à sua ocorrência.

Entre os abaixo, o principal fator de risco para este evento é:

- (A) Diabetes *mellitus* gestacional.
- (B) Vaginose bacteriana recorrente.
- (C) Infecção urinária na gravidez atual.
- (D) Parto prematuro em gestação anterior.

## 38

A doença hemolítica perinatal é uma condição potencialmente bem grave no recém-nascido (RN). Entre as condições abaixo, está indicada a profilaxia para doença hemolítica perinatal no seguinte cenário:

- (A) mãe Rh negativo, teste de Coombs indireto negativo, RN Rh positivo.
- (B) mãe Rh positivo, teste de Coombs indireto negativo, RN Rh positivo.
- (C) mãe Rh positivo, teste de Coombs direto negativo, RN Rh negativo.
- (D) mãe Rh negativo, teste de Coombs direto positivo, RN Rh negativo.

## 39

A doença trofoblástica gestacional é uma temida complicação gestacional, podendo ter algumas formas de apresentação.

A forma em que há ausência completa de embrião, membranas e cordão umbilical denomina-se:

- (A) Mola parcial.
- (B) Mola completa.
- (C) Coriocarcinoma gestacional.
- (D) Tumor trofoblástico do sítio placentário.

## 40

A sífilis na gestação é um importante problema de Saúde Pública.

Quanto à conduta recomendada no pré-natal de rotina, pode-se afirmar que:

- (A) a realização da pesquisa do VDRL é indispensável apenas no primeiro trimestre gestacional.
- (B) o teste do VDRL deve ser realizado apenas se a paciente apresentar sintomas compatíveis com sífilis.
- (C) o VDRL deve ser avaliado no primeiro trimestre, repetindo o exame no terceiro trimestre, idealmente por volta de 28 a 33 semanas.
- (D) é importante que o recém-nascido tenha tido acesso à profilaxia da doença antes de nascer, razão porque a solicitação do VDRL normalmente é adiada para o momento do trabalho de parto.

## 41

Uma gestante de 35 semanas de gestação relata, na consulta de rotina, que percebeu recentemente um edema ("inchaço") significativo em seus pés e mãos, associado a dor epigástrica e cefaleia.

A conduta imediata do obstetra deve ser:

- (A) prescrever uso diário de um diurético para controlar o edema.
- (B) orientar repouso e elevação dos membros inferiores, agendando retorno em uma semana.
- (C) considerar como mais provável a ocorrência de indigestão e cefaleia tensional, fenômenos bem comuns na gestação.
- (D) suspeitar de pré-eclâmpsia, avaliar a pressão arterial, pesquisar a presença de proteinúria e considerar a necessidade de internação.

## 42

Gestante de 38 semanas, G1P0, apresenta-se em trabalho de parto com 5 cm de dilatação do colo uterino, com exame de cardiotocografia intraparto (CTG) apresentando uma linha de base de 150 bpm, com variabilidade de 10-25 bpm e presença de desacelerações tardias repetitivas em todas as contrações.

A conduta mais adequada é:

- (A) realizar cesariana de emergência.
- (B) realizar um teste de estímulo vibroacústico.
- (C) administrar ocitocina para acelerar o trabalho de parto.
- (D) manter conduta expectante, aguardando a evolução do trabalho de parto.

## 43

Uma paciente com 38 semanas de gestação, em trabalho de parto ativo, apresentou bolsa rota ao exame há cerca de 18 horas. Ela está recebendo antibioticoprofilaxia para estreptococo do grupo B. Evolui, então, com febre (38,5 °C) e taquicardia materna e fetal.

O diagnóstico mais provável é:

- (A) Febre fisiológica do trabalho de parto.
- (B) Pielonefrite aguda.
- (C) Apendicite aguda.
- (D) Corioamnionite.

## 44

A síndrome HELLP é uma complicação grave da pré-eclâmpsia. Sua tríade diagnóstica inclui:

- (A) Hemoconcentração, Enzimas hepáticas elevadas e Linfopenia.
- (B) Hemólise, Enzimas hepáticas elevadas e Plaquetopenia.
- (C) Hemólise, Enzimas hepáticas elevadas e Leucocitose.
- (D) Hemorragia, evolução para Eclâmpsia e Lise celular.

## 45

A Restrição do Crescimento Fetal (RCF) é um achado importante na avaliação do bem-estar fetal. O ponto de corte da biometria fetal estimado para o diagnóstico de RCF é:

- (A) abaixo do percentil 50 para a idade gestacional.
- (B) abaixo do percentil 25 para a idade gestacional.
- (C) abaixo do percentil 10 para a idade gestacional.
- (D) abaixo do percentil 5 para a idade gestacional.

## 46

O sulfato de magnésio é utilizado como agente neuroprotetor fetal em situações de parto prematuro iminente antes de 32 semanas de idade gestacional.

Sua principal finalidade é reduzir a incidência de:

- (A) Microcefalia.
- (B) Paralisia cerebral infantil.
- (C) Leucomalácia periventricular.
- (D) Retinopatia da prematuridade.

## 47

Uma gestante com 36 semanas de gestação tem estabelecido o diagnóstico de pré-eclâmpsia grave, sendo internada. Após alguns minutos da internação, ela apresentou um episódio convulsivo tônico-clônico generalizado.

A conduta IMEDIATA a ser realizada é:

- (A) administrar 10 mg de diazepam por via intravenosa.
- (B) levar imediatamente ao centro cirúrgico para realização de cesariana de emergência.
- (C) iniciar infusão de nitroprussiato de sódio intravenoso para controle dos níveis tensionais.
- (D) administrar sulfato de magnésio 4 a 6 gramas em *bolus*, por via intravenosa, seguida de infusão contínua de manutenção.

## 48

Durante a gestação, ocorrem ajustes fisiológicos no organismo materno. A seguinte alteração cardiovascular deve ser considerada como não fisiológica, isto é, anormal na gestação:

- (A) elevação da pressão arterial média no terceiro trimestre.
- (B) elevação da frequência cardíaca em 10 a 20 bpm.
- (C) aumento do volume plasmático em 40 a 50%.
- (D) aumento do débito cardíaco em 30 a 50%.

## 49

Gestações gemelares podem trazer certos riscos. A complicação mais característica e grave, especificamente observada em gestações gemelares monocoriônicas, é:

- (A) restrição de crescimento fetal seletiva.
- (B) síndrome de transfusão feto-fetal.
- (C) trabalho de parto prematuro.
- (D) polidrâmnio.

## 50

A ocorrência de parada cardiorrespiratória (PCR) é, certamente, a pior complicação materna durante a gestação.

A causa mais comum de PCR materna durante a gestação é:

- (A) embolia pulmonar.
- (B) *overdose* de drogas.
- (C) hemorragia obstétrica.
- (D) síndrome coronariana aguda.





